



**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 2ª REGIÃO**  
**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**CREDENCIAMENTO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS**  
**RADIOLÓGICA - SATR**

Senhor Diretor Presidente do CRTR da 2ª Região,

(1) \_\_\_\_\_  
(nome da empresa)

(2)Endereço: \_\_\_\_\_, (3)Nº \_\_\_\_\_

(4)Bairro: \_\_\_\_\_ (5)CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(6)Cidade: \_\_\_\_\_ (7)UF: \_\_\_\_\_ (8)Telefone( )Whatssap( ) \_\_\_\_\_

(9)CNPJ: ..... / - (10)E-MAIL: \_\_\_\_\_

(11)Cadastrada neste Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 2ª Região sob o nº \_\_\_\_\_, requer o **CREDENCIAMENTO**( ) e/ou **RENOVAÇÃO**( ) de Supervisor das Aplicações Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, ao (12)profissional: \_\_\_\_\_

(13)CRTR nº \_\_\_\_\_ (14)e-mail: \_\_\_\_\_

(15)cuja relação empregatícia é de (15)( )Funcionário Público- (16)( )Funcionário CLT-

(17)( )Prestador de Serviços: Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Telefone( )Whatssap( ) \_\_\_\_\_

**Nestes termos, pede deferimento.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do profissional indicado**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo responsável legal da empresa**